

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932.

374
N° ...

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

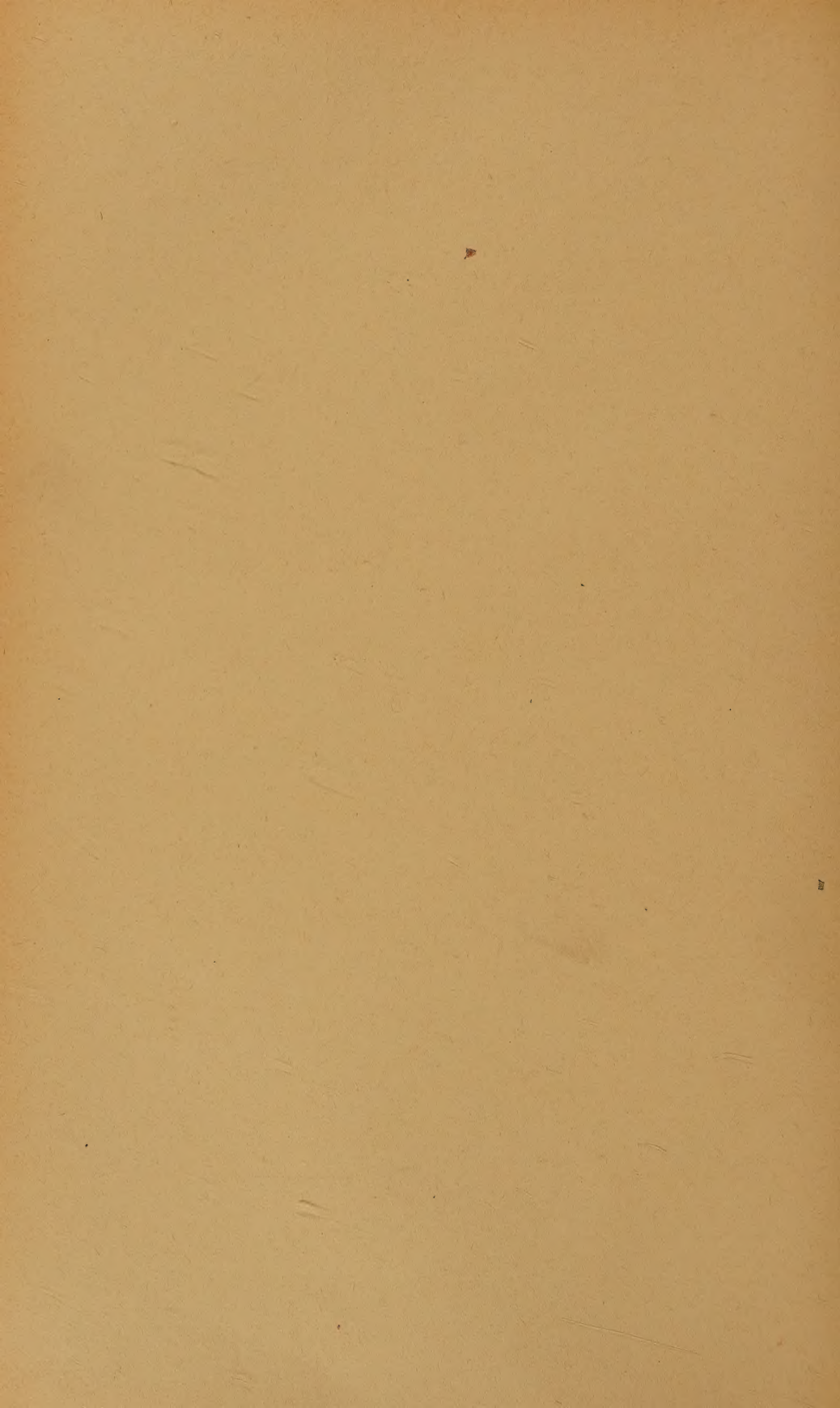
Jean-Sophocle-Bernard-Marie PAPAZOGLOU

Né le 23 juin 1908, à Villedieu (Indre).

Contribution à l'Etude de l'Evolution spontanée des Abscès du Poumon

Président de thèse : M. RATHERY,
Professeur de clinique thérapeutique médicale

LETTRES ET MEDECINE
28, Rue de Sévigné, PARIS (4°)
1932



THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean-Sophocle-Bernard-Marie PAPAZOGLOU

Né le 23 juin 1908, à Villedieu (Indre).

Contribution à l'Etude de l'Evolution spontanée des Abscès du Poumon

Président de thèse : M. RATHERY,
Professeur de clinique thérapeutique médicale

LETTRES ET MEDECINE
28, Rue de Sévigné, PARIS (4°)
1932

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN . . . BALTHAZARD.

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FEISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON. ,
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ. ° °
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	CUNÉO.
	N...
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTNERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
HEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉMOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les acci- dentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agré- gé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a
arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront
présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs
et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improp-
riation.*

A MES GRANDS PARENTS

(in memoriam)

A MES PARENTS

A MES FRERES ET A MA SŒUR

A MES EXCELLENTS MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE PARIS

Le Docteur G. BOSC (in memoriam);

Le Docteur LAPEYRE, *Professeur de clinique chirurgicale* ;

Le Docteur GUIBBAUD, *Professeur de Physiologie* ;

Les Docteurs DUBREUIL, CHAMBARDEL et PITARD
(in memoriam);

Les Docteurs THIERRY, FAIX, GUILLAUME-LOUIS,
HUC, DENOYELLE et BONIN.

A M. le Docteur MARCHAL, *Médecin des Hôpitaux*,
qui m'a toujours témoigné beaucoup de bien-
veillance ;

A M. le Professeur RATHERY, qui a bien voulu me
faire le grand honneur de présider cette thèse ;

A M. le Professeur agrégé Charles AUBERTIN, qui
m'a aimablement fourni le sujet et m'a guidé
de ses conseils ;

A M. WESTER.

Meis et amicis.

HISTORIQUE

L'abcès du poumon a été décrit par Laënnec, qui le signalait comme une rareté nosologique, dans son traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur.

Après lui, Trousseau et Grisolle ont considéré la pleurésie interlobaire comme plus fréquente que l'abcès du poumon. Trousseau, tout en faisant remarquer la rareté de l'abcès par rapport à la pleurésie interlobaire, les distinguait par la date d'apparition de la vomique. Dans l'abcès du poumon, la vomique aurait lieu du dixième au douzième jour ; dans la pleurésie interlobaire, du vingtième au vingt-quatrième jour.

Puis les traités n'en font plus mention. Mosny le signale à nouveau dans le Traité de Brouardel et Gilbert ; de Jong et Barreau en donnent une importante description dans le Traité de Gilbert et Carnot.

C'est seulement dans ces dernières années que s'affirme la grande fréquence de l'abcès du poumon par rapport à la pleurésie interlobaire. Kourilsky, dans sa thèse de 1927, montre l'excessive rareté de la pleurésie interlobaire, par rapport aux abcès du poumon, partageant en cela l'opinion de M. Sergent, qui déclare n'en avoir jamais rencontré jusqu'ici, ainsi que celles de MM. Léon Bernard et Lemierre.

Cette notion presque universellement admise à l'heure actuelle quand il s'agit de l'adulte, paraît plus

discutable en ce qui concerne l'enfant. M. Comby, dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux, en date du 25 mars 1927, signale la pleurésie interlobaire comme plus fréquente chez l'enfant que l'abcès du poumon.

Dans sa statistique personnelle portant sur mille huit cent trente-deux autopsies d'enfants entre six et quinze ans faites en vingt-cinq ans, M. Comby n'a pas relevé un seul cas d'abcès du poumon. Chez l'adulte, Trousseau n'en avait pas relevé un seul cas en vingt-cinq ans. Laënnec le déclarait exceptionnel.

Par contre, il rencontre dix cas de pleurésie interlobaire sur cent vingt-six pleurésies purulentes, trois cas furent diagnostiqués, sept furent des trouvailles d'autopsies.

Leur origine est presque constamment pneumococcique.

Les pleurésies enkystées extra-lobaires peuvent, elles aussi, en imposer pour des abcès du poumon ; comme les pleurésies interlobaires, elles peuvent guérir par vomique ou par ponction.

DEFINITION

On les définit comme des *collections suppurées circonscrites non tuberculeuses développées dans une perte de substance de parenchyme pulmonaire*.

On distingue les abcès aigus et les abcès chroniques, qui ne sont que des abcès aigus autour desquels s'est développé un processus de sclérose. Ces abcès tendent à se former de préférence aux lobes pulmonaires inférieurs, comme le montre la statistique de Kourilsky, portant sur douze cas : abcès siégeant aux lobes inférieurs : six cas — aux lobes supérieurs : six cas — et surtout au lobe inférieur droit : quatre cas.

Dans cette statistique, on relève encore la prédominance des abcès unilatéraux (sept cas sur douze), et celle des abcès à foyers multiples dans les formes aiguës (cinq cas sur six).

La statistique de Marietta, en 1926, fournit des résultats comparables; sur dix-sept cas, deux abcès multiples, quinze isolés, onze aigus et six chroniques.

Sur les quinze cas, dix intéressent le poumon droit, cinq le gauche. Cinq fois il se trouve au lobe inférieur droit, cinq fois au lobe inférieur gauche, une fois au lobe moyen droit, quatre au lobe supérieur droit.

Assez fréquemment on note des localisations parasissurales (Savy, Rendu, 1911). L'abcès pouvant

retentir sur la scissure par symphyse ; mais il n'y a jamais de communication avec la cavité scissurale et on ne relève pas dans la littérature de cas d'épanchement.

Le volume de l'abcès est très variable et peut aller de simples granulations jaunes lorsqu'il s'agit d'abcès multiples, au volume d'une noix ou même du poing. L'abcès a la forme d'une cavité anfractueuse plus ou moins irrégulière siégeant au milieu d'une hépatisation du parenchyme pulmonaire, cavité limitée par une fine membrane pyogène d'aspect velvétique ; parfois ce n'est qu'à l'examen histologique qu'on la met en évidence.

On peut rencontrer des réactions pleurales en rapport avec le siège de l'abcès.

Quand l'abcès passe à la chronicité, la membrane tapissant les parois s'épaissit, elle peut devenir nette et même un peu brillante. Le poumon, au voisinage de l'abcès, peut se scléroser et la plèvre est le siège de réactions fibreuses. Les couches superficielles de l'abcès et la membrane pyogénique sont très vascularisées et contiennent de nombreux capillaires qui peuvent provoquer une hémoptysie.

ETIOLOGIE

Les abcès du poumon peuvent être primitifs et se former d'emblée chez un sujet atteint d'une affection pulmonaire aiguë, ou secondaires.

Ces abcès primitifs sont consécutifs à des pneumonies ou des broncho-pneumonies. On doit les soupçonner lorsqu'après une pneumonie, la défervescence ne se fait pas complètement, ils se produisent en général à la deuxième ou troisième semaine de la maladie et sont annoncés par divers prodromes (Harvier).

Le plus souvent, ils occupent un lobe tout entier et sont très volumineux.

Les abcès broncho-pneumoniques feraient plutôt suite à des affections aiguës, à des formes grippales. D'autres causes provoqueraient ces formes d'abcès, en particulier les irritations bronchiques telles que celles produites par les gaz asphixiants.

Les abcès secondaires dus à des suppurations de voisinage ou éloignées, peuvent être respectivement classés, avec Kourilsky, en abcès d'origine locale et d'origine périphérique.

Les abcès d'origine locale seraient dus à des suppurations de voisinage, telles qu'un abcès du foie ; ces abcès sont encore appelés abcès migrants ou perfo-

rants (Harvier), le type nous en est fourni par l'abcès amibien du foie qui se propage de préférence au lobe inférieur du poumon droit.

Les abcès d'origine périphérique constitués par des abcès miliaires sont dus à des septicémies, des infarctus suppurés, des embolies septiques, issues de phlébites suppurées des veines, à des endocardites infectieuses ou ulcéro-végétantes du cœur droit, à l'oblitération de l'artère pulmonaire.

L'infarctus suppuré formé passe par les trois phases décrites par Ranvier, d'infarctus rouge, d'infarctus blanc, d'infarctus suppuré.

Ils sont également provoqués par des infections dentaires, des suites d'interventions chirurgicales et même des amydalectomies.

M. Léon Kindberg estime qu'une forte proportion des abcès pulmonaires d'origine périphérique relève des suites d'interventions. Ils seraient surtout fréquents :

1° Après les interventions portant sur l'utérus et ses annexes, soit à cause de l'ouverture de plexus veineux, soit à cause du développement ultérieur d'une phlébite ;

2° Après les interventions portant sur l'étage supérieur sus-ombilical de l'abdomen, surtout les opérations gastro-duodénales ; pour ces dernières on a invoqué la mobilisation excessive de la région opérée par le jeu incessant du diaphragme ;

3° Enfin ils pourraient être produits par des infections rhino-pharyngées. Cette cause serait fréquente aux Etats-Unis où l'on pratique couramment l'avulsion dentaire et l'amydalectomie sous anesthésie générale.

Ces abcès sont-ils d'origine septicémique ou sont-ils dus à une inoculation directe endobronchique ? Ces deux origines doivent être admises. En effet, la bouche

et les voies nasales sont des lieux qui recèlent de nombreux microbes, il est possible, lors de l'anesthésie générale qu'il y ait inoculation directe dans les bronches, certains auteurs l'on remarqué.

MM. Sergent et Bordet, dans leur communication à l'Académie de Médecine du 8 juin 1926, font ressortir le rôle de l'anesthésie générale dans la production des abcès du poumon. Au cours de celle-ci, par suite de la perte de tonicité du voile du palais, et du réflexe tussigène, la trachée et les bronches peuvent être envahies par la salive, les mucosités et les microbes des fosses nasales et de la bouche. Le mécanisme est analogue à celui qui provoque les bronchopneumonies dites de déglutition chez les aliénés, les paralytiques grabataires et les sujets atteints de paralysie du voile.

Les auteurs citent le cas d'un abcès du poumon avec de nombreux spirilles survenu chez un malade de 26 ans, trois semaines après l'abrasion de cornets hyperthrophiques ; cette intervention avait été faite sous anesthésie générale. Aux Etats-Unis, Meyerson, (1926), attribue à l'anesthésie générale par l'héter, 77 % des cas et à 4 % à l'anesthésie locale des abcès post-opératoires.

MM. Sergent et Bordet citent encore un cas d'abcès du poumon survenu chez une malade de 27 ans, qui avait eu des accidents de la dent de sagesse en juin 1925, dont on fait l'extraction, et qui le lendemain présente une angine de Ludwig, dont on fait l'incision par voie interne et externe sous anesthésie générale. Dix jours après cette intervention, apparaissent certains symptômes qui font porter le diagnostic d'abcès du poumon.

Enfin, dans un dernier cas, un abcès du poumon survint chez une malade de 42 ans, opérée le 15 janvier,

d'un fibrome sous anesthésie générale, quatre jours après, elle eut un point de côté, des signes de broncho-pneumoie et deux jours après fit une vomique.

L'infection rhino-pharyngée peut se transmettre par voie embolique; M. Weissenbach a communiqué à la Société Médicale des Hôpitaux, en avril 1927, l'observation d'une malade de 53 ans, qui eut un abcès du poumon droit, consécutif à une infection dentaire, arthrite d'une incisive latérale supérieure droite avec abcès vestibulaire. Cette malade a été traitée par un auto-vaccin et est actuellement guérie.

D'après Clendening, ces abcès seraient dus autant à l'inoculation bronchique causée par l'inhalation de substances septiques lors de l'anesthésie générale qu'à la propagation d'une infection bucco-pharyngée par voie lymphatique.

SYMPTOMATOLOGIE

L'abcès du poumon débute de façons très diverses ; ceci provient de ses origines, elles-mêmes très variables. Il a quelquefois un début insidieux lorsqu'il complique un noyau broncho-pulmonaire, brutal lorsqu'il est secondaire à une embolie septique.

Souvent les symptômes sont si vagues que l'abcès du poumon n'est découvert qu'à l'autopsie, c'est ce dont témoigne l'observation de Kourilsky, que nous résumons ci-dessous.

ABCÈS PNEUMONIQUE

Malade entré à l'hôpital Bichat le 23 mars 1926 dans un état d'extrême gravité.

Début huit jours avant, brusque, par point de côté droit très violent avec une toux sèche ; pendant vingt-quatre heures le malade se plaint de frissons ininterrompus ; puis s'est installée une grande dyspnée qui restera jusqu'à son entrée le symptôme principal de la maladie.

Pendant les huit jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, le malade n'a pas craché ; sa température s'est maintenue d'après ses dires, entre 39 et 40 degrés en plateau, il semble que l'on ait à faire à une pneumonie droite.

Dans ses antécédents, on retrouve un épisode pulmonaire à localisation. Situation identique à droite, survenu brusquement en 1922, pendant l'hiver et diagnostiquée (congestion

pulmonaire). La résolution en fut très longue et le malade dut rester alité pendant trois semaines environ. Ethylisme.

Examen à l'entrée :

Malade prostré très dyspnéique, faciès terreux et infecté avec une teinte un peu cyanique du visage et des extrémités ; dyspnée très vive l'empêchant de parler, cinquante-quatre respirations à la minute. Expectoration rougeâtre, de teinte brune un peu chocolat, non fétide, peu abondante et détachée isolément, crachat par crachat, nettement purulente ; elle aurait débuté deux ou trois jours auparavant seulement.

Etat général très grave, température à 40 degrés, pouls à 150, diarrhée ocreuse et fétide.

Examen physique :

Gros foyer de condensation à la base droite, remontant jusqu'à la partie moyenne de la fosse sous épineuse ; vibrations exagérées ; respiration diminuée très obscure, râles sous-crépitants dans toute la région.

En avant, à droite, skodisme sous la clavicule, bien vite remplacé au-dessous par une zone mate localisée à partir du troisième espace bourrée de râles sous crépitants. Dans l'aisselle, après la toux, retentissement broncho-pneumonique avec une bouffée de gros râles.

Poumon gauche, rien.

T. A. 10-6.

Cœur mou, irrégulier.

Gros foie débordant de quatre travers de doigt les fausses côtes.

Albumine, urée 2 gr. 50 dans le sang.

Hémoculture, pneumocoque III 22.000, leucocytes 4.100.000. Hématies.

Pneumonie à pneumocoques septicémie.

Décès 24 heures après.

Autopsie 25 mai 1926.

Poumon droit énorme, turgescence. Pneumonie totale, occupant les trois lobes, hépatisation grise.

A la partie supérieure du lobe inférieur, abcès rempli de pus brunâtre à contours anfractueux.

Poumon gauche œdémateux.

Rein droit, deux kystes, surchargés de graisse.

Foie gras, granuleux.

Les symptômes sont souvent frustes et difficile à interpréter, la période de formation d'un abcès se

caractérise par un syndrome infectieux des symptômes fonctionnels et des signes pulmonaires.

1° La fièvre est un des éléments les plus importants du syndrome infectieux ; elle est élevée, se maintenant en général aux environs de 39°, elle peut revêtir un type hectique à grandes oscillations ou demeurer en plateau ; elle se prolonge jusqu'à ce que l'abcès s'évacue.

Son début, comme ses variations sont marquées par des frissons. L'état général est très atteint, le faciès est souvent anxieux, les traits sont tirés, la langue sèche et rôtie, les lèvres et les gencives sont fuligineuses ; dans les urines, rares, on trouve fréquemment de l'albumine. Dans le sang, on trouve une polynucléose importante.

Le malade souffre d'un point de côté, surtout à la période du début, sa toux fréquente est sèche et pénible, il est très dyspnéique, parfois la vomique est précoce et prend la valeur d'un symptôme.

La percussion et l'auscultation nous montrent l'existence d'une condensation pulmonaire, tout comme si l'on se trouvait en présence d'une pneumonie ; zone de matité au niveau de laquelle s'entend un souffle rude, intense, véritable souffle tubaire et un ou plusieurs foyers de râles bulleux. Parfois, le souffle peut manquer et l'examen révéler seulement de la matité et des râles bulleux disséminés.

EVOLUTION

Ce syndrome pneumonique n'est pas suivi de la défervescence dans les délais normaux ou bien après une courte rémission, la température remonte et l'on voit apparaître des râles à grosses bulles, l'expectoration devient plus facile, muco-purulente, banale. Puis, l'abcès s'ouvre, la vomique survient en général au cours de la troisième semaine (dans le cas de Kourilsky il n'y avait pas eu de noix vomique franche, mais une expectoration plus abondante) elle est annoncée par des phénomènes prémonitoires ; la reprise du point de côté ou de petites hémoptysies. On a alors une expectoration purulente ; cette date de la troisième semaine n'a rien de fixe ; tel il est dans une observation d'Etienne Bernard :

Femme de 28 ans, amenée à l'hôpital Ambroise-Paré pour tentative de suicide. Une balle de revolver dans l'abdomen. On pratique une laparatomie, on suture une double perforation et on ferme sous drainage. Deux jours plus tard, la malade éprouve une dyspnée intense, sa température s'élève à 39,2 puis à 40°. Elle se met à tousser et à expectorer quelques crachats purulents.

L'examen physique révèle une matité de tout le tiers inférieur de l'hémithorax gauche, un gros souffle tubaire et de nombreux râles sous-crépitants. On porte tout d'abord le diagnostic de broncho-pneumonie post-opératoire. Dans la suite, la malade verra persister ses signes fonctionnels. Sur toute la hauteur du poumon gauche on observera une zone de matité, puis un souffle très intense perçu aux deux temps,

de timbre tubo-creux évoquant les souffles de compression bronchique avec à ce niveau, de gros râles bulleux ; au trente-septième jour de l'affection, une vomique survient.

Prodromes. — La vomique est annoncée brusquement par l'élévation de la température générale, l'accentuation de la dyspnée, l'apparition de douleurs thoraciques au niveau de la collection suppurée, de petites ou de grandes hémoptysies, l'odeur fétide de l'haleine. Aussitôt après une quinte de toux, une émotion vive, une thoracentèse, une douleur vive avec sensation de déchirement atroce survient brusquement et immédiatement le malade vomit du pus. Les jours suivants, il peut encore s'éliminer du pus sous forme de crachats.

La matité suspendue, le point de côté, la vomique font penser à une pleurésie interlobaire. Seule la vomique précoce du dix au douzième jour, même cinq jours après la formation de l'abcès (Achard et Mouzon), fait faire le diagnostic d'abcès du poumon ; c'est sur ce signe que tablait Trousseau pour différencier l'abcès de la pleurésie interlobaire dans laquelle la vomique aurait lieu du vingtième au vingt-cinquième jour.

La radiographie donne des renseignements précieux pour affirmer le diagnostic. Elle montre avant la vomique une « ombre homogène » très foncée et après celle-là une cavité hydro-aérique qui se distingue des cavités d'origine pleurale interlobaire par ses rapports et par sa forme, son grand axe est dirigé verticalement et elle est limitée par une coque sombre (Paisseau et Solomon), tandis que dans la pleurésie interlobaire, l'axe est horizontal.

AUTRES ÉVOLUTIONS

Les abcès du poumon n'évoluent pas toujours de cette manière ; certains peuvent provoquer des abcès métastatiques soit en ne s'ouvrant pas dans les bronches, soit en se drainant insuffisamment ; d'autres, une fois ouverts, peuvent passer à la chronicité. Etienne Bernard cite l'observation d'un malade qui a eu une affection débutant comme une septicémie, puis ressemblant à un épanchement pleural, on ponctionne et la vomique survient.

Observation résumée

Malade dont l'affection a débuté par une angine, puis deux jours après, elle prend l'allure d'une septicémie avec température à 40°, sans symptômes pulmonaires ; ceci dure quatre jours, à ce moment survient un point de côté avec une large expectoration muqueuse. Le lendemain il y a des symptômes d'épanchement ; vingt-quatre heures après il y a des signes cliniques et radiologiques d'un épanchement pleural, une ponction permet de retirer un liquide louche à streptocoques.

Puis, les jours suivants, il y a modification de la matité, à la partie moyenne du poumon il y a du tympanisme et un souffle tubulaire une image hydroaérique à l'examen radiologique, au niveau du tiers moyen ; l'état général est altéré, des œdèmes apparaissent, température à type oscillant ; quatre abcès métastatiques se forment, puis tout à coup, au soixante-quinzième jour de l'affection, une vomique survient où le streptocoque est à l'état de pureté.

La vomique peut très bien faire défaut, l'abcès du poumon peut donner lieu à une septicémie et à des abcès métastatiques. Kourilsky a cité le cas d'un malade chez lequel on avait fait le diagnostic de pneumonie avec septicémie, qui avait un abcès du poumon.

Observation résumée

Malade présentant des symptômes pulmonaires ayant fait porter le diagnostic de pneumonie droite, température 40° datant de trois semaines avec foyer de congestion à la base droite et leucocytose. On diagnostique une pneumonie avec septicémie à pneumocoques. A l'autopsie, abcès de la partie supérieure du lobe inférieur droit, le poumon était atteint de pneumonie avec hépatisation grise.

L'abcès du poumon peut présenter des métastases, bien qu'il y ait un drainage. MM. Boinet, Piétri et Iselein ont publié un cas où l'épisode primitif était une pleurésie purulente que l'on avait drainée, un abcès du poumon est survenu, puis un abcès au cerveau.

Observation résumée

Empyème, abcès du poumon compliqué de deux abcès de l'hémisphère cérébral gauche.

Malade de 40 ans, navigateur, opéré il y a trois mois pour pleurésie purulente à Beyrouth, le trajet intercostal est fistulisé, les signes généraux ayant regressé, puis ont repris depuis un mois, température oscillant entre 37,5 et 39°, sueurs abondantes, profuses, asthénie marquée, anorexie absolue.

Pas d'antécédents.

A cause de cela il entre à l'hôpital le 10 février.

A l'entrée, température élevée et irrégulière, teint terreux, profond amaigrissement. Douleur violente dans l'hémithorax droit, augmentée par la respiration profonde et la toux sèche, pas d'expectoration. Pus épais sortant de la fistule au neuvième espace intercostal sans B. K. Hémithorax droit rétracté, au sommet râles scus-crépitaants.

Une céphalée diffuse plus accentuée dans la région frontale, non calmée par les analgésiques ordinaires ; le 16 février, P. L. donnant issue à un liquide clair s'écoulant goutte à goutte, pas de B. W.

La céphalée augmente, le malade meurt le 19, en hyperthermie, 37°4 le matin et 41°8 au moment de la mort.

A l'autopsie, deux abcès du cerveau, l'un, portion occipitale et sphénoïdale du ventricule latéral, l'autre à la partie antérieure de la circonvolution du corps calleux et de la frontale interne.

Abcès du poumon droit.

Les cas analogues sont l'exception.

L'abcès du poumon peut passer à la chronicité et peut simuler d'autres affections, telle l'histoire de ce malade étiqueté bacillaire atteint d'abcès du poumon, présenté à la Société Médicale des Hôpitaux par Maurice Renaud.

Malade de 58 ans venant de mourir dans le service Renaud, à Brévannes. Il est cachectique comme un phthisique, mais la fièvre n'est pas élevée, la température étant irrégulière, mais ne dépassant pas 38°2. Il tousse beaucoup et l'expectoration est très abondante. Les crachats sont franchement purulents et l'on n'y trouve pas de B. K.

Les signes physiques indiquent la présence de lésions pulmonaires diffuses avec, au sommet droit des signes importants de condensation et de ramollissement.

Ce malade est un tousseur depuis son adolescence. Il a fait de très nombreux séjours dans nos services hospitaliers. Il a partout été considéré comme un tuberculeux, a passé dans plusieurs centres de triage, et a été envoyé dans des services spéciaux.

Il meurt par défaillance cardiaque après quelques semaines de séjour dans le service.

A l'autopsie, cœur droit dilaté, lésions banales de congestion, sclérose des viscères. Les poumons sont atteints, dans leur ensemble, de lésions congestives banales sur un fond de sclérose ardoisé avec un peu de pus dans les bronches.

Le lobe supérieur droit forme un bloc résistant, soudé à la plèvre. Il se montre à la coupe entièrement induré, parcouru par de larges traînées de sclérose, de teinte blanc nacré et creusé de pertes de substances, arrondies ou ovoïdes, pleines d'un pus verdâtre et tapissées d'une véritable membrane lie de vin. Certaines de celles-ci sont voisines des bronches et parallèles à elles. Elles sont parfois centrées par elles. On ne découvre nulle part, ni dans le parenchyme pulmonaire, ni dans les ganglions, de lésions caractéristiques de tuberculose. La présence de géodes creusées dans un tissu sclérosé pouvait faire penser à la syphilis, dont on sait l'extrême rareté

dans le poumon. L'examen histologique fait rejeter entièrement ce diagnostic.

Sur les coupes colorées, on voit nettement que l'inflammation qui transforme le lobe pulmonaire en un foyer de bronchopneumonie sclérosante et ulcéreuse, a le type des inflammations banales. Les géodés ne sont que des cavités d'abcès, dont le pus est à polynucléaires et fourmille de cocci à gram négatif.

Cette observation nous montre qu'il est difficile de distinguer l'abcès pulmonaire chronique des affections pulmonaires banales, à cause du peu de fixité de ses symptômes. Poinso dit qu'il peut débiter brutalement ou insidieusement.

Quand il débute de façon brutale, il peut donner lieu à des hémoptysies inquiétantes par leur abondance. A l'auscultation on entend quelques frottements à la base ou à la partie moyenne des poumons ; ces symptômes font considérer ces malades comme des tuberculeux.

On peut avoir, au début, un épisode aigu, ces signes pulmonaires ne font pas leurs preuves parce qu'ils traduisent la réaction de l'irritation parenchymateuse par une petite lésion nécrotique primitive.

Après une période de rémission survient une vomique qui fait porter alors le diagnostic d'abcès du poumon, ce mode de début semble réservé aux abcès secondaires, aux abcès dentaires ou bucco-pharyngés.

Quand l'abcès a un début insidieux, les symptômes ne sont pas plus nets, ils font faire le diagnostic de congestion pulmonaire trainante avec suspicion de bacillose ; diagnostic que l'apparition d'une vomique transforme en celui d'abcès du poumon.

EVOLUTION

La fièvre ne disparaît pas lorsqu'apparaît la vomique franche ou les crachats purulents, comme dans les suppurations pleurales.

L'expectoration se divise en trois couches :

Une supérieure aérée ;

Une deuxième séreuse ;

Une troisième purulente.

Odeur généralement tolérable, l'expectoration est continue. Elle débute d'une façon insidieuse; elle est annoncée par une toux quinteuse déchirante, rebelle aux antispasmodiques ; des douleurs thoraciques, constantes, de la dyspnée, de l'hippocratisme des doigts.

L'abcès évolue par poussées successives avec périodes d'accalmie, de rémission, de calme intercalaire. Il peut amener la mort du sujet par cachexie purulente, par septicémie terminale ou par asphyxie terminale.

La guérison est rare, elle n'a lieu qu'en traitant le malade par pneumothorax ou l'intervention sanglante.

AUTRES FORMES D'EVOLUTION

Tous les abcès pulmonaires ne s'évacuent pas uniquement dans les bronches ; en effet d'après la disposition anatomique de cette région, différents modes d'évacuation peuvent exister ; par exemple, la cavité pleurale va fournir une voie d'évacuation pour les abcès pulmonaires superficiels et même, dans certains cas, l'abcès ayant produit une réaction inflammatoire des deux feuillets pleuraux, ceux-ci peuvent s'accoller et l'abcès peut les traverser sans s'ouvrir dans la cavité pleurale ; pour aboutir à la paroi thoracique ou se collecter dans le médiastin.

D'autre part, la présence d'un organe creux, comme l'œsophage, situé en plein médiastin, va permettre l'évacuation d'abcès pulmonaire par cet organe ; lorsque, par un processus inflammatoire il s'est formé des adhérences entre l'œsophage et les deux feuillets pleuraux accolés l'un à l'autre et qu'une perforation s'est produite.

Souvent l'abcès s'évacue par plusieurs voies et, en plus de la voie qu'il utilise dans les organes voisins, il emploie la voie bronchique ; souvent même la vomique est le premier symptôme de l'abcès.

OUVERTURE DANS LA PLEVRE

Prenons le cas où l'abcès s'ouvre dans la plèvre et dans les bronches, souvent le diagnostic de l'abcès n'est fait qu'à l'opération ou à l'autopsie, car il est masqué par des signes pleuraux.

Tel est le cas du malade de Letulle et Besançon, dont l'observation a fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine.

Observation de l'ouverture à la plèvre et dans les bronches, d'un abcès du poumon, dans une pneumonie nécrotique.

Malade de 59 ans, prise brusquement, en pleine santé, d'un point de côté droit, de dyspnée intense et de fièvre. Malgré les apparences d'un début pneumonique au huitième jour de la maladie, quand la malade entre à l'hôpital, on ne trouve pas de signes d'hépatisation, mais seulement une diminution du murmure vésiculaire du côté droit, avec quelques râles sous-crépitaux disséminés sans aucun signe de foyer. La dyspnée prédomine la scène, elle est accrue par une toux incessante, provoquée par une expectoration journalière, abondante de 600 grs au neuvième jour de la maladie, il s'agit, comme dans le cas précédent, de liquide épais, crémeux, nettement hémorragique et non fétide ; l'examen bactériologique y montre de très nombreux streptocoques.

La température oscille entre 37°5 et 39°. Les signes physiques se localisent à la partie moyenne du poumon droit, où l'on trouve des râles humides plus nombreux, il n'y a ni signes d'épanchement, ni signes cavitaires.

L'examen radiologique pratiqué fait penser qu'il existe un pyopneumothorax et la malade est passée en chirurgie.

L'empyème pratiquée permet d'évacuer 200 cc. d'un pus épais ; l'exploration de la poche fait soupçonner qu'il ne s'agit pas d'une localisation pleurale, mais bien d'une poche pulmonaire.

La malade meurt quelques jours après l'intervention, au trente-et-unième jour de sa maladie.

A l'autopsie, on constate la présence, au niveau de l'hémi-thorax droit, d'une vaste cavité intra-pulmonaire ayant verticalement quinze centimètres de long. La presque totalité du lobe supérieur et la plus grande partie du lobe inférieur sont détruits, la région hilare étant relativement respectée. Il existe une symphyse pleurale diaphragmatique avec, au niveau de celle-ci, une plaque calcifiée de vieille pleurite. La surface de la caverne est, sur certains points, tomentueuse, présentant de nombreuses saillies, colonnes incomplètes, irrégulières, contenant des pédicules broncho-vasculaires, reliquat des lobules détruits par la suppuration ; d'autre part, la caverne est tapissée par une substance pulpeuse d'aspect relativement lisse, unie à la façon d'une véritable muqueuse.

Le diagnostic d'abcès du poumon ouvert dans la plèvre se fait surtout à l'opération ou à l'autopsie. Dans le cas précédent, les symptômes pleuraux ont dominé, bien que le début de l'affection ressemblait à celui d'une pneumonie ; cette allure pneumonique a fait place les jours suivants à un renforcement des signes pleuraux jusqu'à ce qu'une expectoration abondante soit apparue, ainsi que la fièvre oscillante et des râles humides à la partie moyenne du poumon droit.

La radioscopie montre l'existence d'un pyopneumothorax. Lorsque l'on pratique la pleurotomie, on trouve, outre l'épanchement pleural, une poche que l'on soupçonne être un abcès pulmonaire, dont la confirmation devait être donnée par l'autopsie.

DESCRIPTION GENERALE DES FORMES INCURABLES

L'ouverture de l'abcès dans la plèvre ne se fait pas toujours de cette façon, quelquefois elle a lieu brusquement, au cours d'une affection traînante, d'autres fois, elle se fait insidieusement.

Ainsi, dans une observation de Caussade et Tardieu, qui avait fait l'objet d'une communication à la Société Médicale des Hôpitaux, un malade atteint d'un abcès du poumon qui, demeuré à l'état latent pendant un certain temps, s'était brusquement rompu dans la plèvre.

Observation résumée

Malade de 48 ans, ancien colonial, atteint de dysenterie ambienne depuis 1902 ; depuis 1912, il a eu, à plusieurs reprises des accès fébriles, avec toux plus ou moins quinteuse, suivie de crachats et en 1918, des douleurs très vives à la base droite du thorax ; le 23 juin 1920, il entre à l'hôpital pour point de côté très violent à droite du thorax, ayant débuté il y a six jours avec dyspnée.

Faciès terreux subictérique, toux sèche, quinteuse, gros foie, signes d'épanchement de l'hémithorax droit.

Traitement à l'émétine amenant une amélioration, puis vomique d'un demi-litre.

A l'examen radiologique, le lendemain, collection intrapulmonaire à la partie moyenne du poumon, du volume d'une mandarine.

Pneumothorax. Le malade meurt.

A l'autopsie, gros foie, saillie de la partie médiane du lobe droit, avec pus crémeux, visqueux, rouge brun.

Parois purulentes, consistantes, charnues, du volume d'une mandarine.

Dans le poumon droit siège un foyer unique, occupant la presque totalité du lobe inférieur et ayant le volume d'une orange ; plèvre ayant perdu tout contact avec le foyer gangréneux à cause de la déliquescence.

Pas d'épanchement dans la plèvre, pneumothorax à soupape ; sur le colon descendant, séquelles de dysenterie amibienne.

L'abcès peut se rompre plus précocement au cours de son évolution.

Voici une observation de Mouisset et Bourret d'abcès du poumon consécutif à une pneumonie méta-pneumonique avec grand déplacement de la cavité et pneumothorax.

Observation résumée

Malade âgé de 43 ans, entré à l'hôpital le 13 juin 1908 ; le début de la maladie remonte à quinze jours, le malade a pris froid et a ressenti des frissons, un point de côté à droite, il a de la fièvre, il présente de la dyspnée et une toux avec expectoration rouge striée.

Il y a huit jours, le point de côté droit est devenu plus violent, la dyspnée plus forte, le malade s'est affaibli.

A l'entrée, son visage est anxieux, couvert de sueurs, les pommettes sont rouges, la dyspnée et le point de côté exagérés à la toux, les crachats jus de pruneaux, peu abondants.

Du côté droit, matité s'élevant jusqu'à la quatrième côte, vibrations abolies, souffle expiratoire doux à la partie supérieure et broncho-égophonie à la partie inférieure.

Au sommet, skodisme, respiration un peu rude avec prolongation de l'expiration.

Tachycardie, pouls à 120, pas d'œdèmes du membre inférieur.

Les jours suivants, la dyspnée augmente, l'épanchement paraît stationnaire, la toux et l'expectoration diminuent.

Quatre jours après son entrée à l'hôpital, le malade est en état d'orthopnée, il a des sueurs profuses généralisées. Température à 36,6, le pouls est petit et rapide.

Il y a un souffle amphorique et un bruit d'airain; on fait une thoracentèse, on retire 300 grammes de pus rougeâtre ; le malade meurt l'après-midi.

On fait l'autopsie vingt-six heures après le décès.

A l'ouverture de la plèvre, il y a des gaz et un litre de liquide rougeâtre. Le poumon droit est aplati, refoulé vers la colonne vertébrale, sa surface externe est recouverte de pus crémeux.

A l'insufflation, les bulles d'air s'échappent par deux points différents. On fait passer un stylet mousse qui va dans une cavité, d'autre part, une sonde cannelée introduite par la seconde division de la bronche droite, qui aboutit au lobe moyen, conduit dans la même cavité, provenant d'un abcès du poumon du volume d'une grosse noix.

Quelquefois, l'abcès du poumon est une trouvaille d'autopsie, le diagnostic d'abcès n'ayant pas été porté, comme dans le cas du malade de Roubier et Lamy, qui avait présenté un pneumothorax au cours d'une typhoïde.

Malade de 9 ans, avec typhoïde typique avec séro-diagnostic positif à l'eberth; affection trainant en longueur avec abcès sous-cutanés multiples et volumineuse escharre scrotaie, mettant les testicules à nu.

Le 24 septembre 1920, deux mois après le début de la dothiénenterie, le malade, très cachectique, ressentait un violent point de côté à droite, mais pas plus l'examen du thorax que celui de l'abdomen, ne donnaient l'explication d'une douleur aussi vive; ni dyspnée, ni infection, courbe thermique avec oscillations; le malade meurt assez brusquement le 25 septembre.

A l'autopsie, pneumothorax droit, le poumon droit était refoulé vers la colonne vertébrale.

La quantité de pus était minime (150 grammes à peine); la plèvre pariétale était tapissée de fauses membranes jaunâtres. A la base du poumon droit et à sa partie externe on aperçut une zone noirâtre large comme une mandarine à contours nets; en insufflant le poumon, on vit à ce niveau deux petites perforations minuscules situées côte à côte et ayant chacune les dimensions d'une tête d'épingle.

Elles faisaient communiquer la plèvre avec un petit abcès sous-pleural, tout autour duquel le parenchyme présentait un aspect de pneumonie grise avec quelques points abcédés.

L'examen histologique révéla des lésions de pneumonie grise évoluant vers la nécrose. A signaler, en outre, un petit abcès de la rate et de nombreuses ulcérations typiques sur la fin de l'iléon, les unes en évolution, d'autres en voie de cicatrisation.

Un autre mode de rupture brusque de l'abcès dans la plèvre est la rupture d'un abcès sous l'influence d'un pneumothorax artificiel.

Voici l'histoire relatée par Pierry et Barbier d'un abcès pulmonaire chronique traité par le pneumothorax artificiel et compliqué de pleurésie purulente.

Observation résumée

Il s'agit d'un malade de 40 ans, maçon, qui entre à l'hôpital complémentaire 67, de Saint-Genis, Laval, ayant présenté, il y a trois mois, de la toux, quelques crachats hémoptoïques et une expectoration légèrement malodorante avec de la fièvre 38°-39°.

Il y a quatre jours, il a fait une nouvelle hémoptysie; amaigrissement de sept kilogs, qui l'a amené à rentrer à l'hôpital. Pas de dyspnée, toux fréquente, expectoration abondante, muco-purulente.

Poumon droit, au sommet, en arrière submatité, vibrations conservées, bronchophonie, pectoriloquie aphone. Respiration rude, obscure, sans râles nets.

Poumon gauche, au sommet, respiration rude. Pas de B. K.

Un mois après, la fièvre oscille entre 38°2 et 38°4; au sommet droit, en arrière, toux éclatante, certainement spéléuncique avec râles éclatants sans craquements nets, toutefois, expectoration abondante.

Un mois et demi après, le malade présente des crachats hémoptoïques, aspect muco-purulent.

Au sommet droit, en arrière, légère submatité, respiration broncho-cavitaire lointaine, sans râles nets.

En avant, souffle doux et voix spéléuncique.

Deux mois après, on fait un examen radiologique et l'on porte le diagnostic de pleurésie purulente.

Trois mois après, la température est à 37° et l'épanchement diminue.

Au bout du dix-septième mois, le malade est apyrétique; légère hémoptysie. Un mois et demi après, la température remonte, elle est irrégulière. Pas de B. K.

Au vingtième mois, on décide de faire un pneumothorax, après la quatrième insufflation, le douzième jour, la température remonte, l'état général est aggravé.

Quatre jours après, de l'œdème de la paroi survient; on fait une ponction pleurale qui ramène un liquide louche, très fétide, dyspnée.

Quarante-huit heures après la dyspnée s'étant aggravée, le malade meurt.

On pratique l'autopsie.

On trouve un foie abaissé, un diaphragme bombant dans

l'abdomen, le poumon droit refoulé en haut et il y a deux à trois litres de liquide purulent blanchâtre crémeux dans la plèvre. Au fond de la cavité, orifice infundibuliforme conduisant à l'espace intercissural, caverne poche d'abcès gangréneux situé au niveau de la scissure.

Lobe supérieur parsemé de cavernes.

FORMES CURABLES

L'ouverture des abcès du poumon dans la plèvre n'occasionne pas, fatalement, la mort du malade ; on peut relever de nombreux cas dans lesquels on est intervenu pour évacuer la collection pleurale et l'abcès pulmonaire et qui se sont terminés par la guérison.

Un des premiers cas d'abcès du poumon, ouvert dans la plèvre, pour lequel on a fait une intervention, a été publié par Delagenière, en 1894, dans les *Archives provinciales de chirurgie*.

Abcès du poumon droit ouvert dans la plèvre, résection des sixième, septième et huitième côtes. Pneumotonie, drainage du poumon ; guérison.

Malade de 37 ans, septicémie, fibrome volumineux, en voie de putréfaction, entre à l'hôpital le 18 août 1893.

Le 24 août, énucléation du fibrome, la température baisse et cesse d'osciller pendant trois jours.

Le 28, la température atteint 40° et en arrière de la fosse sous-épineuse, souffle, la dyspnée devient considérable.

Le 31, légère amélioration, dyspnée moins vive, malgré un point de côté sur le côté droit, à la base diminution de la sonorité, gros râles dans la fosse sous-épineuse.

Matité augmentant progressivement, état de la malade restant très mauvais, avec fièvre à 41°. Matité montant le 9 septembre, jusqu'à la pointe de l'omoplate ; aspect terreux, cachectique du malade, œdème des jambes et de la partie inférieure du tronc.

L'épanchement ne diminuant pas, on fait, le 16 septembre, une ponction exploratrice. On retire 500 grammes de pus rougeâtre et d'odeur fétide.

Le 19 septembre, opération : incision en U sur la septième côte, résection des septième et huitième côtes, écoulement de 4 à 500 grammes de pus fétide contenu dans une cavité

dépassant le volume du poing ; cavité tapissée de fausses membranes, adhérences au poumon.

En haut et en arrière, dans la partie postérieure de cette cavité, anfractuosité paraissant creusée dans un amas de fausses membranes, effondrement de ces fausses membranes et l'on pénètre avec le doigt dans une cavité du volume d'un œuf de poule, en plein tissus pulmonaire, nettoyage à la curette de la cavité, drainage, puis résection de la sixième côte. Suture après l'opération ; la température est redevenue normale. Ici, l'abcès du poumon a été une découverte opératoire.

Un autre cas d'abcès du poumon ouvert dans la plèvre a été présenté par Augé et Guibal, qui avaient fait le diagnostic d'épanchement pleural à l'examen radiologique, malgré les ponctions blanches. Ce n'est qu'à l'intervention, une fois l'épanchement pleural évacué, que l'on a découvert l'abcès.

Observation

Soldat annamite, entré à l'hôpital suburbain pour bronchite aiguë avec pleurodynie de la base et de l'épaule droite et submatité en avant. Le 25 février, température oscillant autour de 40° depuis trois jours, sans rémissions vespérales, expectoration purulente atypique, peu de dyspnée, on pense à une pneumonie. La présence d'un foyer de densification pulmonaire droit paraît évidente et se manifeste par des râles sous-crépitants et un souffle étendu. Les vibrations sont abolies dans les deux tiers inférieurs de la hauteur du poumon et l'on va à la recherche d'un épanchement pleural. Au point de matité maxima, c'est-à-dire dans la zone moyenne, à deux travers de doigt de la pointe de l'omoplate, une ponction exploratrice ramène un pus épais et mal lié où du streptocoque est mis en évidence. Radiologiquement on pense à une pleurésie de la base droite.

La température reste à 39°, l'expectoration purulente et abondante continue ; pas de B. K.

Douleurs dans l'hypochondre droit et la région sus-hépatique ; quatre ponctions blanches.

Le 14 avril, à la pointe de l'omoplate, quelques râles discrets, expectoration plus abondante, la température descend,

mais remonte six jours plus tard, malgré l'absence de crachats.

Le 24, radioscopie, épaississement uniforme de la plèvre antérieure, en arrière, zone claire étendue à la hauteur de la pointe de l'omoplate comprise entre deux plages sombres

Hémi-diaphragme droit immobile.

Intervention le 5 mai ; anesthésie locale, incision sur la septième côte, résection.

Mise à nu de la plèvre pariétale, ponction exploratrice ramenant du pus, la coque friable est déchirée. On trouve alors une poche d'où s'écoule un pus abondant, foncé, épais, non fétide. La poche vidée, s'étend sur 10 centimètres de large et 7 centimètres de haut.

Le bord externe pourrait correspondre à la scissure interlobaire, mais au lieu de remonter dans sa direction, elle s'enfonce de dehors en dedans et de bas en haut ; dans le fond, on voit onduler une masse qui est le sac péricardique.

On continue l'incision en avant, au point de déclive du sinus pleural.

Il y a, au-dessus et au-dessous de la poche pulmonaire, des adhérences friables reliant la plèvre viscérale épaisse scléreuse à la plèvre pariétale. Le malade, très choqué, a un pouls à 130.

Les jours suivants, la température varie entre 36° et 40° ; l'expectoration devient très fétide et quinze jours après l'opération, un deuxième abcès s'ouvre de la profondeur du parenchyme au-dessous de la cavité principale.

La température et le pouls et l'état du malade s'améliorent.

On peut poser le diagnostic d'abcès post-broncho-pneumonique.

Exceptionnellement, la rupture de l'abcès dans la plèvre est un mode d'évolution vers la guérison ; telle est l'observation communiquée par MM. E. Lesne et Clément, à la Société de Pédiatrie, le 24 mai 1932, d'abcès du poumon, guéri par un pneumothorax spontané.

Fillette de 4 ans, ayant présenté, à la suite d'une broncho-pneumonie morbillieuse un abcès pulmonaire du lobe supérieur droit. Une aspiration par bronchoscopie permit de retirer

25 centimètres cubes de pus fétide et produisit une modification très nette de l'image radiographique, mais suivie d'incidents si graves (œdèmes et ulcérations laryngées) qu'on ne peut songer à la renouveler ; c'est une méthode à rejeter chez l'enfant.

Les traitements médicaux : sérums antigangréneux, eucalyptine, créosote, hyposulfite de soude, chlorure de calcium, rayons ultra-violets n'empêchent pas une cachexie profonde. Seul, une pneumothorax spontané, survenu après un mois d'évolution et entretenu pendant quatre mois, entraîna la disparition des signes physiques et radiologiques et le rétablissement complet de l'état général.

SYMPTOMATOLOGIE

De toutes ces observations, on conclut que :

1° La rupture d'un abcès du poumon dans la plèvre n'entraîne pas toujours la mort, le malade peut guérir si l'on intervient ;

2° L'abcès du poumon est souvent une découverte anatomique ou opératoire ; les seuls symptômes dominants étant ceux d'un épanchement pleural ;

3° Il existe des effractions spontanées et des effractions provoquées par le pneumothorax d'abcès dans la plèvre, le fait qu'un abcès du poumon puisse s'ouvrir dans la plèvre étant connu depuis longtemps, ce n'est que ces temps derniers que l'on a constaté leur fréquence en Amérique, où ils constitueraient 20 % des abcès post-opératoires.

Les symptômes qui font craindre une rupture pleurale sont un point de côté très aigu, une dyspnée subite, une fièvre brutale, l'atteinte de l'état général extrême et immédiate lorsqu'ils surviennent en pleine évolution d'un abcès.

Quelquefois, les symptômes de la rupture sont seuls perçus, comme dans l'observation de Letulle et Besançon, où l'on avait une dyspnée intense avec fièvre, diminution du murmure vésiculaire et quelques râles

sous-crépitants, disséminés sans foyer ; on fit d'abord le diagnostic d'épanchement, ce n'est qu'à l'intervention que l'on reconnut la présence de l'abcès pulmonaire.

Dans une autre observation, où l'on avait un vieil abcès d'origine amibienne, l'apparition d'une toux quinteuse, d'un point de côté violent, de la dyspnée, d'une vomique, ont marqué l'effraction de l'abcès dans la plèvre, qui s'est traduite par un pneumothorax spontané à soupape.

Chez le malade de Mouisset et Bourret, l'apparition de la dyspnée, des frissons, du point de côté, de la toux et leurs variations n'ont pas permis de présumer le moment où l'abcès s'est ouvert dans la plèvre.

L'ouverture de l'abcès, chez le typhique, n'a pu être notée, malgré un violent point de côté, l'abcès pulmonaire n'ayant été découvert qu'à l'autopsie.

Le malade de Piery-Barbier, faisant une légère hémoptysie, ayant maigri, toussant beaucoup, ayant une expectoration muco-purulente abondante, une respiration rude, obscure, avec toux éclatante, ne permet pas de faire un diagnostic net.

Sur ces entrefaites, on fait un pneumothorax, aussitôt apparaissent la dyspnée, la matité de la base droite, aussi une ponction exploratrice ramène du liquide. On découvre, à l'autopsie, un abcès communiquant avec la plèvre ; le pneumothorax en avait provoqué la rupture.

Chez le malade opéré par Delagenière, la dyspnée, la température, le point de côté, font faire le diagnostic de pleurésie, vérifié par le ponction et ce n'est qu'à l'intervention, tout en évacuant l'épanchement pleural, on découvre l'abcès.

Augé et Guibal ont fait le diagnostic de pleurésie et

c'est l'intervention qui a apporté celui d'abcès du poumon.

Dans l'observation de Lesne, le diagnostic d'abcès du poumon fut fait à l'examen radiologique et l'on vit se former le pneumothorax spontané, dont le diagnostic fut fait radiologiquement.

EVOLUTION

Une fois l'abcès ouvert dans la plèvre, il évolue suivant plusieurs modes, selon la manière dont il s'est ouvert.

Si la rupture de l'abcès a été brusque (dyspnée violente et subite, point de côté très aigu, atteinte extrême et immédiate de l'état général), l'abcès peut évoluer rapidement, il envahit la cavité pleurale tout entière et, n'étant pas limitée par des adhérences, il ensemente toute la plèvre, de sorte que l'état général est fortement atteint et le pronostic mauvais.

Si la rupture de l'abcès dans la plèvre est due à un pneumothorax artificiel, l'évolution est extrêmement rapide ; la plèvre est rapidement envahie, les symptômes sont très pénibles, on a un pyopneumothorax.

Toutes les ruptures d'abcès ne se font pas toujours de manière brusque, lorsque la perforation met un certain temps à s'accomplir, il se forme des adhérences qui limitant l'épanchement, forment une pleurésie enkystée, dont l'évolution, d'après Eggers, serait favorable. La mortalité varie de 20 à 60 %, selon les auteurs.

OUVERTURE A LA PAROI

L'abcès du poumon peut s'ouvrir à la paroi après avoir traversé la plèvre et sans que celle-ci ait été envahie par le pus. Dans ce cas, les deux feuillets pleuraux sont accolés et fixés par des adhérences à travers lesquelles cheminent les collections purulentes. On admet que pour produire ce processus, il faut une perforation lente, provoquant une réaction pleurale, se traduisant par un accollement des deux feuillets.

Quelquefois même, le processus de l'ouverture de l'abcès à la paroi est très lent, et ce n'est qu'à l'apparition d'une tuméfaction que l'on est porté à poser le diagnostic d'abcès ouvert à la paroi, souvent difficile à discuter avec l'abcès froid thoracique, surtout si le malade n'a pas de gros symptômes généraux.

Le plus souvent, les symptômes dominant, tel il en est dans une observation citée par Lemonon, dans sa thèse sur l'ouverture des abcès du poumon à la paroi thoracique.

OBSERVATIONS

Pneumonie gauche, empyème pulmonaire antérieur, opération, guérison.

Malade de 58 ans, entrée à Sainte-Marthe, dans le service Courmont, le 11 mars 1904.

Pas d'antécédents, trois sœurs, une fille vivante, neuf grossesses, quatre fausses couches, pas de spécificité, ni de bacillose ; toux ayant débuté il y a cinq mois ; jusqu'ici bonne santé, jamais d'hémoptysie, ni de sueurs nocturnes, pas d'amaigrissement.

Depuis trois semaines, toux, points de côté.

Il y a huit jours, frissons violents, puis dyspnée.

A l'entrée, dyspnée violente, tremblement des lèvres, difficulté de parler.

Visage rouge, pommettes colorées, fièvre très vive, 39°, malade baignée de sueurs, langue sèche, pouls à 100, expectoration difficile, quelques crachats jus de pruneaux, striés de sang, assez peu nombreux.

Respiration, 34 à la minute.

Emphysème augmentant la dyspnée.

A l'examen du poumon gauche, à la base et en arrière, un peu de diminution de la sonorité.

A la fin de l'inspiration, bouffées de râles secs, fins et crépitants.

Ebauche de souffle inspiratoire.

Au sommet, en arrière, submatité ; en avant, tympanisme. La percussion éveille de la douleur à ce niveau ; de plus, au sommet, de gros râles humides expiratoires, sur toute la hauteur, pas de râles fins.

Au cœur, l'auscultation fait entendre des bruits sourds et mal perçus, le pouls est régulier à 100.

Rien à l'abdomen, pas de vomissements bilieux, pas de diarrhée.

Urines : traces de sucre, disque d'albumine.

Malade délirant pendant la nuit, température à 39°.

Diagnostic : pneumonie.

Pneumonie atypique sans plateau, ni défervescence ; on songe à la tuberculose, mais le 16 mars, à l'examen des crachats, pas de B. K. ; examen du sang : rien.

Température aux environs de 39° sans grandes rémissions, avec hausses vespérales momentanées de 1° à 1°5.

23 mars. — Vibrations augmentées au sommet droit ; expiration devenue un peu soufflante.

25 mars. — Poumon gauche sonnant mal en arrière de la fosse sous-épineuse, obscurité à ce niveau, peu de pneumocoques dans les crachats.

En avant, sonorité diminuée sous la clavicule droite, délire nocturne continu.

29 mars. — Sommet gauche donnant, à l'auscultation, un bruit analogue aux craquements.

Etat de la malade stationnaire ; crachats diminués puis disparus. Râles crépitants multiples de retour.

Vaccin positif le 28 avril.

Température à 38° matin et soir.

A partir de ce jour, la malade considérée comme perdue, reprend des forces, elle accuse alors une sensation douloureuse de la région costale antécardiacque gauche.

En quinze jours, tuméfaction, douleur (révulsion, pas d'amélioration).

Au bout d'un mois, douleur antécardiacque correspondant à une tuméfaction grande comme la main sur le bord gauche du sternum, au niveau du mamelon.

Tuméfaction simulant l'abcès froid costal.

Fluctuation manifeste à la toux, sensation de plénitude et crépitement indiquant une communication pulmonaire.

A l'examen radiologique, obscurité du côté gauche.

Sommet gauche plus obscur et tache noire à la tuméfaction.

Espace de Traube parfaitement clair.

Diagnostic : empyème d'origine pulmonaire.

Opérée le 3 juin ; anesthésie au chlorure d'éthyle. Dès l'incision, l'air s'échappe.

Résection de trois centimètres de la cinquième côte, en face du mamelon.

A la première expiration, expulsion d'un morceau de poumon sphacélé (non gangrené), noirâtre et mou, de la grosseur d'une mandarine ; auparavant expulsion d'un dé de pus.

Le doigt, introduit dans le poumon, remonte jusqu'au sommet, sous la clavicule et explore une cavité de la grosseur d'une orange.

On introduit un drain ; pas de lavages ; tissus mous pansés à plat. Immédiatement traumatopée intense.

4 juin. — La malade va bien. Elle a craché un peu de sang noirâtre. A l'examen des crachats, avant l'opération, pas de B. K. Très nombreux streptos, longues chaînettes, quelques chaînes en grains de café et quelques diplo-bacilles ; tous prennent le Gram.

6 juin. — La malade souffre un peu ; état général excellent, pas de fièvre, expectoration visqueuse légèrement lie de vin.

Pendant un mois l'amélioration se poursuit sans interruption, la plaie suinte encore un peu, elle se ferme vite sans fistulation. Au bout du mois, on envoie la malade en convalescence ; deux mois après, elle est guérie avec seulement à l'auscultation de l'obscurité au niveau de la cicatrice.

Chez cette malade, on a fait le diagnostic de pneumonie atypique, pour laquelle on a réservé le pronostic, quand la défervescence ne se faisait pas. Une douleur antécordiale survient. Au bout de quinze jours apparaît une tuméfaction avec fluctuation manifeste à la toux, sensation de plénitude et crépitement indiquant l'origine pulmonaire. A l'ouverture, l'élimination d'un morceau de poumon et la découverte d'une cavité font faire le diagnostic d'abcès du poumon.

L'observation précédente nous avait montré que l'abcès siégeait à la partie moyenne du poumon. Lemonon cite aussi une observation d'abcès siégeant au sommet.

Observation

Abcès du sommet du poumon gauche ayant fusé dans le deuxième espace intercostal. Drainage de l'abcès pulmonaire après résection de la deuxième côte, guérison.

Malade de 17 ans, entre dans le service du docteur Pollosson, à l'Hôtel-Dieu, salle Gensaud, pour abcès au-dessus du sein gauche, semblant avoir succédé à une affection pulmonaire aiguë non observée par un médecin.

Elle était bien portante et a été prise, il y a quelques jours, de point de côté, de frissons, de fièvre ; état général très mauvais ; facies d'une grande infection fébrile.

Abcès de la paroi thoracique au niveau du deuxième espace intercostal de la grosseur d'une orange, étalé transversalement soulevant les tissus superficiels, et la peau est rouge et œdématisée à ce niveau.

A la palpation, l'abcès est réductible dans le thorax et subit l'impulsion à la toux ; à la percussion sonorité superficielle très nette, bruit hydroaérique caractéristique à ce niveau.

A l'auscultation, gargouillement caverneux intense à la partie antérieure du sommet du poulmon.

En arrière, peu de matité au sommet. Le reste du poulmon respire normalement.

Poulmon droit sain.

Pas de vomique ; quelques crachats puriformes ; en présence de ces signes cliniques anormaux, M. Tixier fait le diagnostic d'abcès du poulmon ayant envahi le deuxième espace intercostal en continuant un abcès en bouton de chemise.

Opération. — Incision en croix au niveau du deuxième espace intercostal, l'abcès superficiel est ouvert et montre un orifice de communication avec l'intérieur de la cage thoracique, qui laisse échapper du pus et de l'air en très petite quantité. Le doigt arrive avec peine à pénétrer dans la loge profonde.

Rapidement on resèque la deuxième côte ; près du sternum déchirure de l'intercostale, ligature. Le doigt pénètre dans une logette de la grosseur d'une mandarine creusée en plein sommet du poulmon, sous les vaisseaux auxiliaires.

Drainage avec un gros drain, guérison.

Après ces deux observations, l'une où l'on avait fait le diagnostic de pneumonie de la base ; l'autre, d'abcès du sommet, voici une autre observation due à Martin, de Genève, relatant l'histoire d'un abcès du poulmon produit par un corps étranger.

Corps étranger extrait par l'incision d'un abcès de la paroi thoracique.

Une jeune fille de 14 ans, absorbée, en courant, un épi de graminée qu'elle tenait dans la bouche, à la suite de cet accident, signes d'infection pulmonaire. Signes d'hépatisation du lobe inférieur gauche ; traitement médical ordinaire.

Six semaines environ après l'accident initial, l'enfant présente un abcès de la paroi thoracique situé en arrière, à la hauteur des dixième et onzième côtes gauches.

On incise l'abcès et on retire un épi de cinq centimètres de long ; à aucun moment on n'a constaté de traces d'épanchement purulent dans la plèvre. L'abcès a traversé la cavité

pleurale sans s'y ouvrir. On procède à un grattage de la plaie abcédée. La malade a guéri après drainage simple, sans aucune complication.

Lemonon a raconté de même l'histoire d'un sphacèle étendu par corps étranger chez un homme de 43 ans, pris quatre mois auparavant de frissons, de toux et d'expectoration mucopurulente, avec matité à droite, entre les deuxième et quatrième côtes et le sternum et la ligne axillaire antérieure. On l'opère, on découvre un volumineux abcès dans lequel se trouvait un morceau de poumon sphacélé, ainsi qu'un épi de blé, cause de l'abcès dont le malade ignorait l'existence ; il a guéri.

De même, dans l'observation due à Malbot, d'un malade de 51 ans, pris de symptôme pulmonaires pour lesquels on portait le diagnostic de pleurésie enkystée, on trouva du pus, une cavité, et un fragment pulmonaire nécrosé s'est éliminé ; quelques jours après, le malade a guéri.

Dans une observation de Vaught, citée par Lemonon, un soldat de 50 ans, après un épisode pulmonaire présente une tumeur fluctuante à la partie antérieure du thorax ; on incise, un fragment pulmonaire s'élimine ; une autre collection se forme, elle s'ouvre, le malade guérit.

L'accollement des deux feuillets pleuraux a été rencontré par Letulle, Jayle et Raffray qui ont publié l'histoire d'un malade atteint de pneumonie avec œdème et rougeur de la base du poumon droit. Il fait une vomique ; on l'opère, on découvre les deux feuillets pleuraux accolés, une cavité pulmonaire, un fragment pulmonaire est expulsé ; on draine.

Le malade meurt ; à l'autopsie, on trouve la cavité de l'abcès ; il n'y avait pas de liquide dans la plèvre.

Les observations précédentes réunies par Lemonon ne sont pas uniques, bien qu'il n'en ait réuni que dix cas. Voici une observation publiée par Gravier et Morenas relatant l'ouverture à la peau d'un abcès pulmonaire.

Collection purulente de la région pectorale gauche secondaire à un abcès pulmonaire ; vomique, incision et drainage de l'abcès, pus à entérocoques.

Homme âgé de 51 ans, garçon de peine, entre à l'hôpital le 9 août 1923, dans le service Gallavardin, suppléé par l'un de nous pour une tumeur de la région sous-claviculaire gauche. Il s'agit d'une collection fluctuante située sous le grand pectoral descendant jusqu'au mamelon et s'étendant jusque sous l'aisselle. Ni battement, ni expansion. Le diagnostic hésite quand à l'origine de cet abcès. La radioscopie, d'ailleurs difficile, ne révèle, en effet, rien de net au niveau des poumons et de la plèvre qui semblent être libres. L'aspect du pus ramené par la ponction, permet cependant d'éliminer la tuberculose (ostéite costale) et l'on pense à un adénophlegmon sous-pectoral, malgré la rareté de cette affection. L'histoire du malade ne fournit aucun élément intéressant.

En juin dernier, le malade dut, assez brusquement s'aliter, n'éprouvant pour tout symptôme que de l'asthénie sans toux, sans frisson, ni expectoration. La température ne fut pas prise à ce moment. Au bout de huit jours apparut une tumeur sous-claviculaire gauche, que le malade ne manqua pas de rapporter à une légère contusion datant de quelques jours auparavant. Progressivement la tumeur s'est accrue jusqu'au volume actuel sans déterminer de souffrances notables.

On fait donc passer le malade en chirurgie où on hésite à l'opérer, car malgré une température évoluant entre 38° et 39°5 on pense plutôt à un abcès bacillaire. Mais le 21 août survient une importante vomique qui décida à l'intervention.

Cette dernière, pratiquée par le Docteur Vergnory, consista dans une large ouverture de l'abcès pectoral au niveau de la paroi costale. On trouve facilement un diverticule situé en plein thorax. Après résection de deux côtes, on peut explorer la cavité qui s'est constituée par du parenchyme pulmonaire ; des fragments pulmonaires sont évacués. Drainage.

Le malade, qui était dans un état fort grave, présenta une amélioration rapide. La suppuration ne tarda pas à se tarir et la plaie se cicatrisa normalement. Deux mois après, le malade partait en convalescence.

A noter simplement qu'après l'intervention, la température de 39°9 le matin tomba à 37°6 le soir, et même 35° le lendemain matin et 36° le surlendemain.

L'examen bactériologique du pus retiré par la ponction montre la présence de l'entérocoque.

SYMPTOMATOLOGIE

Ce qui domine d'abord dans cette forme d'abcès du poumon, ce sont : les signes fonctionnels avec la dyspnée, les points de côté, les frissons et les signes généraux avec la fièvre élevée et persistante et l'atteinte de l'état général. Puis une tuméfaction apparaît à la paroi, fluctuante, réductible dans le thorax et subissant l'impulsion à la toux. L'état général, à ce moment peut s'améliorer, la température se maintient entre 38° et 39°, des douleurs accompagnent la formation de cette tuméfaction.

Quelquefois il existe une sensation de crépitement indiquant une communication pulmonaire et même des gargouillements à l'auscultation. Comme le plus souvent ces abcès du poumon ne provoquent pas de vomique, c'est sur ces seuls symptômes que l'on doit se baser pour en faire le diagnostic ; celui-ci avait été porté dans une des observations rapportées par Lemonon.

Une autre fois, on a fait le diagnostic d'empyème, l'intervention a ajouté celui de l'abcès du poumon.

Une fois on a fait le diagnostic d'abcès thoracique, que l'on a rectifié à l'intervention.

La vomique est apparue dans le cas de Gravier et Morenas, c'est elle qui a permis de faire le diagnostic

d'abcès en bouton de chemise ; elle est l'exception.

Un autre symptôme qui permet d'affirmer l'abcès du poumon s'ouvrant à la peau est le rejet du tissu pulmonaire lors de l'ouverture de l'abcès (Lemonon).

Dans l'observation de Gravier et Morenas, l'apparition tardive de la vomique et le siège de l'abcès ont pu faire penser à une pleurésie interlobaire.

Le siège des abcès du poumon évoluant à la paroi se trouve de préférence au poumon gauche. Gravier cite onze cas de collection pulmonaire évoluant à la paroi, qui intéressent le poumon gauche contre un au poumon droit.

La réduction de l'abcès dans le thorax serait un bon signe de l'origine pulmonaire de la collection (Gravier).

EVOLUTION

L'abcès, après avoir franchi la plèvre fuse donc dans un espace intercostal et de là, se glissant à travers les masses musculaires, gagne la peau et forme un abcès en bouton de chemise. C'est à ce moment que l'on trouve la cavité pleurale et il s'élimine un morceau de parenchyme pulmonaire paraissant sain.

Une fois l'abcès évacué, les suites opératoires sont bonnes.

Le pronostic de ce genre d'abcès ouvert à la peau, tout en traversant les deux feuillets pleuraux accolés l'un à l'autre est nécessairement réservé, puisqu'il s'agit d'un abcès du poumon, mais il est nettement plus favorable que celui de l'abcès ouvert dans la plèvre, étant donné les adhérences des deux feuillets pleuraux formés, ce qui évite l'ensemencement de la cavité pleurale ; cette évolution est très lente, chose qui, d'ailleurs, d'après Eggers, est d'un bon pronostic à cause de la formation d'adhérences.

En effet, dans toutes les observations relevées, les malades ont guéri. Lemonon ne cite qu'un décès.

OUVERTURE DES ABCÈS PULMONAIRES DANS LE MEDIASTIN

L'ouverture des abcès pulmonaires à la paroi thoracique n'est pas le seul mode d'évolution des abcès pulmonaires au cours desquels il s'est formé des adhérences pleurales ; en effet, nous voyons que d'après la disposition anatomique de la région thoracique d'autres éventualités peuvent se présenter, notamment l'ouverture dans le médiastin puis dans l'œsophage.

Voici une observation due à MM. Cavaillon et Monod, d'abcès du poumon, ouvert à la paroi thoracique et dans une bronche, communiqué à la Société des Sciences Médicales de Lyon.

Mécanicien, âgé de 45 ans, entré le 14 décembre. Depuis dix-huit jours, grippe avec bronchite intense bilatérale et douleurs dans la région antéro-latérale gauche du thorax.

Depuis huit jours développement en ce point d'une tuméfaction fluctuante et pulsatile. Depuis un jour une expectoration couleur saumon.

A l'entrée température 39°2. Pouls à 120. Respiration à 30. Pas de signes d'anévrisme de l'aorte. Urine ayant le caractère de néphrite chronique, ainsi que le pouls et l'aspect du malade. Cœur, bruits sourds, réguliers.

Poumon emphysème généralisé quelques ronchus, pas de râles fins, pas de signes d'épanchement.

Au sommet gauche, souffle de compression pulmonaire. Du bord gauche du sternum à la paroi antérieure de

l'aisselle, tuméfaction douloureuse, chaude, enflammée, présentant à sa partie interne des battements supérieurs au poulx.

Le 18 décembre, le malade est amené dans le service de M. Bérard; il présente une énorme tuméfaction de la région présternale s'étendant à gauche, du côté de l'aisselle. Cette masse est nettement fluctuante, animée de battements synchrones avec le poulx. La collection est incisée au niveau du bord inférieur du grand pectoral; au niveau de la région présternale il sort une petite quantité de pus épais et fétide.

Le lendemain, la température n'a pas baissé. M. Bérard a fait une deuxième incision, trouve dans le premier espace intercostal, vers le sternum, une perforation permettant d'introduire l'index.

Un drain est placé profondément dans le thorax à travers cette perforation.

Pendant les jours qui suivent, le pansement est souillé très abondamment; le pus est extrêmement fétide. Deux jours après le malade élimine des crachats rougeâtres fétides et adhérents au fond du crachoir.

La température, qui s'était abaissée pendant 48 heures, remonte vers 39°5-40°. La cyanose reparait, s'accuse et le malade succombe quelques jours après l'intervention avec des accidents de dyspnée et de cyanose.

A l'autopsie, on trouve, en enlevant le plastron costal, une cavité du volume du poing environ, située en plein médiastin, en avant et au-dessus de la crosse de l'aorte. Cette cavité est creusée au dépens du poumon gauche et d'une languette de ce poumon allant du côté droit.

Le plevre droite présente un épaissement considérable de ses feuillets au contact de cette collection purulente. Ailleurs la plevre ne présente ni adhérences ni liquide.

Le péricarde est épaissi avec adhérences sur les deux feuillets. Le conduit œsophagien est sain, sur l'aorte on ne voit ni dilatation, ni lésion d'aucune sorte. Du côté des bronches on trouve, en cathéchissant ces conduits, qu'une petite bronche vient de s'ouvrir dans la cavité de l'abcès. On trouve encore un petit ganglion suppuré situé dans la région de l'S iliaque sans que l'on voie des lésions apparentes sur la muqueuse intestinale.

Les reins sont entourés d'une gangue scléro-lipomateuse des plus épaisses; ils sont farcis d'une série de petits points suppurés.

Rate grosse, rien d'anormal.

Abcès du poumon.

Dans cette observation, la découverte de la poche médiastinale a été faite lors de l'autopsie, lorsque l'on a fait l'intervention, on n'a pas pu reconnaître où menait le conduit qui avait son point de départ à la peau.

Ici, les douleurs de la région antéro-latérale gauche du thorax et l'apparition d'une tuméfaction fluctuante et pulsatile sont les seuls symptômes qui soient survenus chez ce malade ; ceux-ci ne sont pas suffisants pour que l'on parle d'abcès du poumon, bien qu'il existe une expectoration couleur saumonée et quelques ronchus ; il n'y a pas de signes d'épanchement.

Dans les jours qui suivirent l'intervention, bien qu'il s'écoulât un pus fétide et qu'il y eut une expectoration fétide et adhérente au fond du crachoir, on ne put faire le diagnostic d'abcès du poumon.

EVOLUTION

Ici l'évolution s'est terminée par le décès du malade, qui voit sa fièvre augmenter et présente des accidents de dyspnée et de cyanose.

On constate que l'abcès est produit aux dépens du poumon gauche, ce qui concorde avec l'opinion de Gravier et de Morenas, qui concluent à la fréquence plus grande de ce genre d'abcès au poumon gauche qu'au poumon droit.

OUVERTURE DE L'ABCES DANS L'ESOPHAGE

L'abcès, qui s'est frayé un passage à travers la plèvre, ne s'achemine pas seulement vers la paroi thoracique ou la région médiastinale, il peut aussi aller perforer un des organes contenus dans le médiastin, par exemple l'œsophage. Nous allons étudier un cas d'abcès du poumon qui s'est ouvert spontanément dans l'œsophage.

Cas d'ouverture spontanée d'un abcès pulmonaire dans l'œsophage (observation personnelle).

R... J., âgé de 59 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lancereaux, dans le service de M. Aubertin, le 8 mars 1932, parce qu'il présente des troubles dysphagiques depuis quelques mois, il crache, tousse et se plaint aussi de douleurs thoraciques. Au point de vue de ses antécédents, il n'y a rien de particulier.

Les troubles dysphagiques dont il se plaint ont surtout été marqués à la base droite.

Notre malade avait aussi beaucoup maigri et présentait de la fièvre, sa température oscillait entre 38° le matin et 39° le soir.

Lorsque nous l'examinons, nous constatons qu'il est en très mauvais état général, très amaigri, son teint est terreux, sa température est irrégulière, elle varie entre 38° le matin et 39° le soir ; il présente une dysphagie totale très marquée, il lui est impossible d'avaler des morceaux de pain, au cours d'une déglutition le malade tousse et devient très dyspnéique, il a des régurgitations nettes, les liquides passent toutefois plus facilement. Le malade est en proie à une dyspnée assez vive, il a une expectoration abondante muco-

purulente très visqueuse, grisâtre, striée de sang et non fétide. Sa voix est assourdie.

A l'examen des poumons nous trouvons une matité franche siégeant à la base droite.

A l'examen de l'appareil cardio-vasculaire nous trouvons les bruits du cœur assourdis ; il n'y a pas de souffle. T. A. 17-4.

Les autres appareils son normaux.

Le 10, la dysphagie et la dyspnée ont toujours la même intensité.

Le 12, l'état du malade est sans changement.

Le 16, on fait au malade une examen radiologique.

L'examen radiologique du thorax ayant l'ingestion de la baryte montre une diminution de transparence de l'image thoracique surtout marquée au niveau du tiers inférieur du champ droit, avec zone de condensation parenchymateuse dans la région parahilaire inférieure. On note, en même temps, une légère diminution de l'expansion diaphragmatique à droite.

En outre, on a remarqué une importante augmentation des ombres hilaires avec gros tractus et arborisations broncho-vasculaires.

Le sommet gauche s'illumine mal à la toux et il existe, à la radioscopie, un léger voile de la région sous-claviculaire gauche.

On fait un autre cliché.

L'ingestion d'un lait opaque sous le contrôle de l'écran ne montre pas de sténose œsophagienne. Par contre, le malade étant examiné en position frontale, on note l'apparition d'une image en éperon venant s'implanter dans la zone de condensation parenchymateuse sous-hilaire droite (ci-dessus décrite).

On fait un troisième cliché.

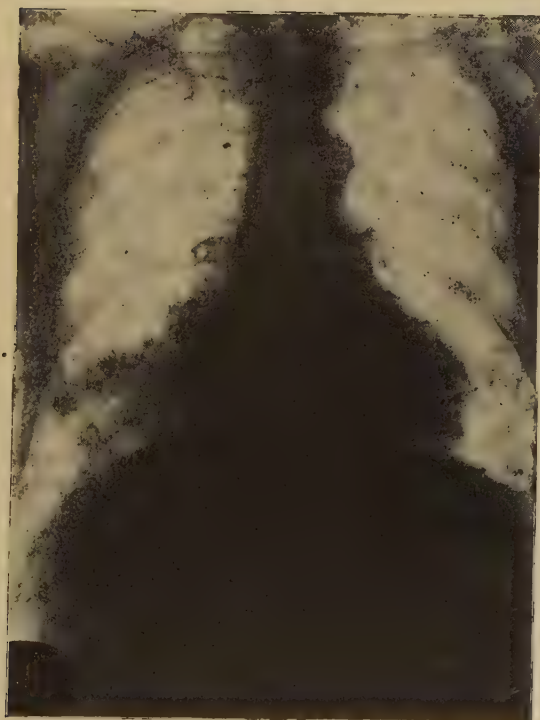
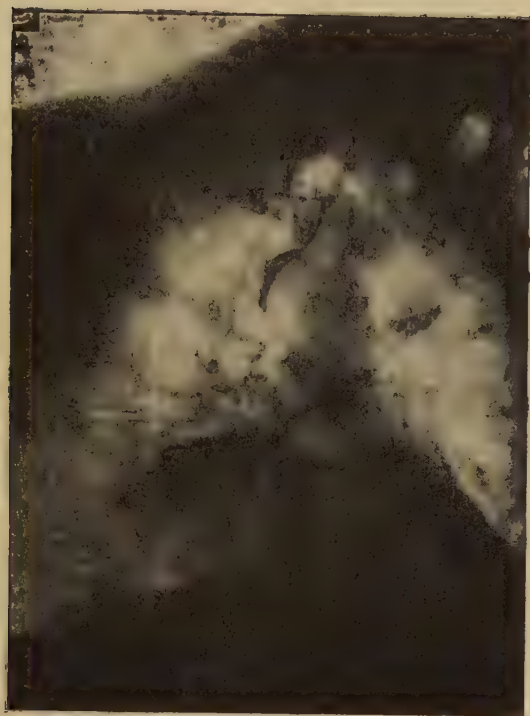
L'examen de profil montre un canal œsophagien un peu élargi de calibre, flexueux dans cette position, on voit alors apparaître une large cavité, à bords anfractueux et finement déchiquetés, plongeant dans le parenchyme pulmonaire d'avant en arrière et de gauche à droite situé à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de l'œsophage.

Le malade ayant eu quelques quintes de toux, l'image cavitaire se vide partiellement, mais se remplit à nouveau aussitôt après une nouvelle ingestion de baryte.

Le 18, la dyspnée augmente.

Le malade meurt le 20.

L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après.



épéron
 Implanté dans la zone
 de condensation pa-
 renchymateuse.

Sur la face droite de l'œsophage, on trouve une ouverture haute de 1 centimètre 5 environ, à grand axe vertical. Les bords de cette fistule sont formée par un bourrelet de muqueuse œsophagienne d'apparence normale. La muqueuse avoisinante semble aussi normale, cette ouverture est accolée au lobe inférieur du poumon droit, un peu au-dessus du hile. Elle communique avec une poche brisâtre anfractueuse, entourée d'une condensation pulmonaire à type pneumonique.

Le cœur est de volume normal, mais on trouve à l'ouverture du péricarde un liquide purulent et sur les deux faces pariétale et viscérale du péricarde de nombreuses granulations jaunâtres.

Foie, 1260 grammes. Scléro atrophique à type de cirrhose, de Laënnec.

Rate, 650 grammes.

Estomac, varicosités assez nombreuses.

Reins paraissant normaux.

L'examen histologique de l'œsophage montre l'absence de toute lésion de la muqueuse dont l'épithélium est intact ; on ne trouve pas de leucocytes en diapédèse à travers les différentes couches malpighiennes. La couche génératrice est normale.

La sous-muqueuse ne présente, comme lésion, qu'un peu d'exagération du tissu conjonctif et surtout des dilatations vasculaires considérables, dilatations qui portent sur les veines, artérioles, artères de moyen calibre ; tous ces vaisseaux sont remplis de sang normal. Une grosse veine dilatée est thrombosée, le caillot est constitué par des globules rouges et des leucocytes mono et polynucléaires peu nombreux ; on distingue à l'intérieur de cette veine un caillot primitif riche en leucocytes et un caillot prolongé constitué par des globules rouges et des leucocytes en proportions normales.

Il est vraisemblable qu'il y a une thrombose infectieuse due au voisinage de l'abcès pulmonaire.

L'examen des coupes des parois de la cavité pulmonaire montre que cette cavité est bien un abcès ; on trouve, en effet, de dedans en dehors :

1° Une couche relativement claire constituée par des éléments de pus en voie de désintégration ;

2° Une couche très foncée constituée par du tissu pulmonaire légèrement sclérosé, dont les couches conjonctives sont aplaties comme par la compression de l'abcès et de nombreuses cellules rondes et de leucocytes.

Les vaisseaux y sont extrêmement dilatés et les alvéoles pulmonaires aplaties et atteintes de pneumonie desquamative.

Il est à noter que la couche de sclérose qui sépare l'abcès du poumon est extrêmement épaisse.

L'histoire de l'évolution de la maladie de notre sujet nous montre que celui-ci a surtout souffert de dysphagie au début qui s'est accentuée, petit à petit ; ces symptômes ont dominé ceux d'une affection pulmonaire caractérisée par de la toux, une expectoration et une douleur thoracique ; la dysphagie a augmenté peu à peu ainsi que les signes d'une affection pulmonaire qui se localisent à la base droite ; l'état général du malade est devenu mauvais, il a eu de la fièvre et des râles diffus dans le poumon droit.

La radiographie nous montre une base droite qui n'est pas claire et un éperon qui s'implante dans cette région, on n'a pas de sténose de l'œsophage. L'œsophage a une perforation qui est accolée au lobe inférieur du poumon et communique avec une poche. L'examen histologique de l'œsophage nous montre l'absence totale de toute lésion néoplasique. Les vaisseaux sont gorgés de sang avec des thrombus, ce qui indique qu'il y a eu thrombose infectieuse d'une partie de l'œsophage due au voisinage de l'abcès pulmonaire par perforation, l'examen histologique des parois de la poche montre qu'il s'agit d'un abcès du poumon.

Au point de vue clinique on a pu faire le diagnostic de suppuration pulmonaire et on avait pensé à un néoplasme œsophagien ; hypothèse que l'examen radiologique a éliminé ; il a fait penser à une collection pulmonaire. Cette observation de rupture d'abcès pulmonaire dans l'œsophage est unique, parce que l'œsophage a été atteint postérieurement au poumon. Tandis que dans une observation due à Marcorelles et Ferran (communiquée à la Société Anatomique),

l'abcès du poumon avait évolué en même temps qu'un cancer de l'œsophage, puis s'y était rompu. D'ailleurs ils avaient mis en évidence cette évolution en intitulant leur observation (cancer de l'œsophage avec fistule œso-pulmonaire et abcès du poumon). Le diagnostic d'abcès du poumon ne fut fait qu'à l'autopsie.

OBSERVATION

Cancer de l'œsophage avec fistule œso-pulmonaire et abcès du poumon.

Homme de 58 ans, cordonnier, entre le 19 septembre 1909 dans le service du Docteur Parmentier, à Tenon, parce que depuis deux mois il rend presque aussitôt après leur ingestion tous les aliments solides qu'il a avalés.

Les accidents ont débuté en juillet, brusquement. Dans les premiers temps, les bouillies et les purées passaient facilement, puis le malade n'a pu s'alimenter qu'avec du lait. Il a maigri d'une dizaine de kilogs en deux mois.

L'examen clinique, l'exploration à la sonde font faire le diagnostic de néoplasme de l'œsophage vérifié par l'œsophagoscopie.

Après un séjour d'un mois et demi à l'hôpital, le malade sort, son état n'a pas empiré.

Il rentre au bout d'une dizaine de jours avec de la température, toussant beaucoup et ayant une expectoration très abondante, franchement purulente et très fétide.

L'auscultation montre, à la base gauche, en arrière, un foyer de râles sous-crépitaux fins avec matité et augmentation des vibrations, son état s'est fortement aggravé, il est très amaigri.

Le malade est envoyé dans le service du Docteur Morestin ; gastrotomie par le procédé de Terrier, le 15 novembre.

Il meurt quarante-huit heures après l'intervention.

Autopsie le 18 novembre.

Rien d'anormal à l'ouverture du thorax.

Un peu de liquide dans le péricarde. Quelques adhérences pleurales à droite et à gauche. Au-dessous du hile du poumon l'œsophage est légèrement augmenté de volume à sa partie inférieure et est fortement adhérent à l'aorte, à la plèvre médiastine gauche et au poumon gauche.

Après enlèvement de cette masse, on peut constater :

1° De nombreux ganglions péribronchiques continuant par une chaîne le long de l'œsophage ;

2° Au niveau de la tumeur, en arrière et au-dessous de la bifurcation de la trachée, l'œsophage est adhérent à l'aorte sur une surface grande comme une pièce de deux francs à la plèvre et au poumon sur une grande étendue.

En coupant l'œsophage sur toute sa longueur, on voit, à la hauteur du hile, deux ulcérations étroites allongées verticalement de 8 à 15 millimètres de haut, toutes les deux à bords très épais, surélevés, limitant une perte de substance linéaire.

Dans le segment inférieur, vaste ulcération de 7 centimètres de haut, de forme losangique à grand axe vertical descendant jusqu'au voisinage du cardia, se rétrécissant en haut; en bas elle atteint son maximum un peu au-dessous de la partie moyenne jusqu'à occuper la presque totalité de la circonférence de l'œsophage.

Bords surélevés et décollés.

Fond tomentueux et grisâtre. En son centre, deux orifices sur la paroi postérieure gauche de l'œsophage; l'un inférieur regardant en haut et donant accès dans un petit diverticule qui s'insinue obliquement en bas dans l'épaisseur de la paroi œsophagienne, à 1 centimètre de profondeur; l'autre au-dessus du précédent, mais plus à gauche, communique à travers la paroi œsophagienne avec une poche formée par des adhérences qui unissent entre l'œsophage, l'aorte, la plèvre et le poumon qui adhère à celle-ci.

Dans cette poche, par un petit trajet du calibre d'une plume d'oie on pénètre dans une vaste excavation pulmonaire de la grosseur d'une mandarine qui siège tout en arrière dans le lobe inférieur gauche, à peu près à sa partie moyenne. Elle est remplie de pus grisâtre, fétide. Les parois en sont anfractueuses. Dans toute cette portion inférieure, la paroi œsophagienne est épaissie mais son calibre intérieur n'a pas augmenté. Il n'y a pas de dilatation.

L'estomac est augmenté de volume et dilaté.

Des deux ganglions claviculaires constatés pendant l'existence à gauche et à droite, celui de gauche seul a été prélevé. Sur les coupes de l'ulcération, on voit des bourgeons épithéliaux pénétrant dans la zone muqueuse et quelques globes épidermiques.

Les ganglions montrent une hypertrophie de leur tissu conjonctif et du réticulum ainsi que les éléments lymphoïdes avec par places des zones d'envahissement épithéliomateux.

L'abcès n'est pas en rapport avec le cancer à cause de sa situation.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans l'observation de Marcorelles et Ferran le sujet a présenté uniquement des troubles dysphagiques dont le début a été brusque, ils ont commencé deux mois auparavant ; les bouillies et les purées ont passé pendant un certain temps, puis à son entrée à l'hôpital, les liquides passaient seuls. Un mois et demi après il présentait un épisode pulmonaire ; entre temps on avait fait le diagnostic de cancer de l'œsophage. Dans notre observation, les troubles dysphagiques ont été en croissant, accompagnée dès le début de symptômes pulmonaires, bien que les premiers dominent les seconds ; l'état général était peut-être plus atteint au début chez notre malade que chez celui de Marcorelles et Ferran, bien qu'il ait beaucoup maigri ; d'autre part, l'examen radiologique avait montré l'absence d'atteinte néoplasique de l'œsophage et l'atteinte du poumon droit.

Dans les deux cas, la perforation s'est établie sous le hile pulmonaire ; dans notre observation elle communique avec une poche dans le poumon droit, tandis que dans celle de Marcorelles et Ferran elle communique avec une poche dans le poumon gauche.

EVOLUTION

Les malades sont morts dans les deux cas. Dans notre observation le malade est mort douze jours après son entrée à l'hôpital, les symptômes pulmonaires dataient de quelques mois ; tandis que dans celle de Marcorelles et Ferran le malade décédait cinq jours après son entrée à l'hôpital ; le début de l'affection remontait à une dizaine de jours. Ici l'évolution a été plus rapide que dans notre observation ; ceci peut être du à l'état général du malade atteint d'un cancer de l'œsophage qui était moins bon que chez notre malade ; le fait que le décès se soit produit peu de temps après une gastrotomie permet de dire que le choc opératoire produit par celle-ci pourrait être mis en cause.

Dans les deux observations d'abcès du poumon ici citées, l'état général des malades a été profondément atteint par la dysphagie consécutive au rétrécissement de l'œsophage et l'hecticité produite par la suppuration pulmonaire ; ceci prouve que le drainage par la voie œsophagienne est insuffisant pour évacuer le pus s'écoulant de l'abcès pulmonaire et qu'il peut, d'autre part, se produire des fermentations consécutives à l'entrée des matières alimentaires dans la fistule œsophagienne propres à entretenir l'infection.

PRONOSTIC DE L'OUVERTURE

EXTRA BRONCHIQUE

Bien que l'ouverture des abcès du poumon se fassent le plus souvent dans les bronches, il existe, comme nous venons de le voir, un assez grand nombre de cas où l'abcès s'est évacué par une autre voie. Le pronostic de cas d'ouverture est nettement moins bon pour les raisons que voici.

L'ouverture dans la plèvre, notamment l'ouverture brusque sous l'influence d'un pneumothorax artificiel a un pronostic assez sérieux on peut même dire fatal à cause de l'ensemencement rapide de la plèvre par le pus et la formation d'un pyopneumothorax. De même, le pronostic d'un abcès ouvert brusquement dans la cavité pleurale en même temps qu'il s'ouvrirait dans les bronches serait, d'après Eggers, extrêmement sérieux par suite de la production d'un pyopneumothorax.

La rupture progressive d'un abcès dans la cavité pleurale serait d'un pronostic meilleur parce qu'il se serait produit des adhérences pleurales limitant l'épanchement et produisant des pleurésies enkystées.

L'ouverture à la paroi thoracique serait le mode d'évolution dont le pronostic serait le plus favorable,

étant donné qu'il ne se produit pas d'épanchement pleural par suite de l'accollement des feuillets de la plèvre et il serait facile de drainer les abcès.

Quand à l'ouverture médiastinale, le pronostic en serait beaucoup moins bon ; il est moins facile à l'abcès de trouver un chemin pour s'évacuer que lorsqu'il gagne la paroi thoracique, bien que le médiastin soit occupé par des organes séparés par des paquets de ganglions entourés de tissu cellulaire lâche, étant donné qu'il est limité en avant par les poumons, le sternum, le péricarde, le thymus, et en arrière, par la colonne vertébrale et les deux poumons accolés.

Pour l'ouverture œsophagienne, le pronostic n'est guère meilleur, en effet, l'ouverture dans l'œsophage ne suffit pas à drainer complètement l'abcès pulmonaire qui a cheminé jusque là, de plus, les corps étrangers pénétrant dans la fistule œsophagienne peuvent entretenir l'infection.

CONCLUSIONS

L'évolution spontanée de l'abcès du poumon se produit de diverses façons ; il peut s'ouvrir soit dans les bronches, soit dans la plèvre, soit à la paroi thoracique sans produire l'épanchement pleural ou encore dans le médiastin, ou bien s'évacuer dans l'œsophage.

Nous ne traiterons pas ici de l'ouverture dans les bronches et nous étudierons en détail les autres modes d'évolution.

1° Ouverture dans la plèvre :

L'ouverture des abcès dans la plèvre est bien moins fréquente que l'ouverture dans les bronches. Si, actuellement, en Amérique, on admet qu'elle a lieu dans 20 % des cas d'abcès post-opératoires, en France on la rencontre moins souvent, on a cependant un certain nombre d'observations. Cette évolution est de préférence celle des abcès de la corticalité pulmonaire, ou survient après un pneumothorax artificiel qui provoque la rupture brusque de l'abcès dans la cavité pleurale ; dans le premier cas, la pleurésie peut être limitée par des adhérences se formant entre les deux feuillets pleuraux, dans le second cas, la plaie est envahie entièrement.

C'est au cours de l'évolution d'un abcès que le malade ressent un violent point de côté, il devient

subitement dyspnéique, la fièvre est brutale, l'atteinte de l'état général est immédiate et extrême, quelquefois le point de côté est le seul symptôme avec l'épanchement pleural et souvent ce n'est qu'à l'intervention ou à l'autopsie que l'abcès est découvert.

On devra faire le diagnostic avec la pleurésie, car l'abcès a pu évoluer silencieusement et constituer l'épanchement.

Cette évolution comporte un pronostic assez sérieux, s'il y a des abcès cheminant lentement vers la plèvre provoquant des adhérences et dont les symptômes sont masqués par ceux d'un épanchement pleural, une fois la pleurotomie faite, ils guérissent très bien ; il y en a d'autres qui s'ouvrant brusquement dans la plèvre ou provoquant un pyopneumothorax, amènent rapidement la mort.

2° Ouverture à la paroi :

L'ouverture à la paroi, moins fréquente que l'ouverture dans la plèvre, est assez rare par rapport à l'ouverture dans les bronches. Elle se produit de la façon suivante : l'abcès provoque une réaction pleurale occasionnant l'accrolement des deux feuillets pleuraux fixés par des adhérences, il chemine à travers les tissus, traverse les deux feuillets pleuraux accolés, gagne les espaces intercostaux et vient former une tuméfaction à la peau. En même temps, le malade a de la dyspnée, des frissons violents, un point de côté, une fièvre vive, son état général est atteint ; puis il reste stationnaire ou s'améliore ; une tuméfaction apparaît accompagné plus ou moins de douleurs avec 38° ou 39° de fièvre, tuméfaction fluctuante, la collection est réductible dans le thorax, elle subit l'impulsion de la toux, quelquefois il y a une sensation de crépitement indiquant

une communication pulmonaire ou un gargouillement à l'auscultation la vomique est rare.

On doit faire le diagnostic avec l'abcès froid costal, mais la collection n'est pas réductible dans le thorax et ne subit pas l'impulsion de la toux avec une collection d'origine médiastinale, mais pas de gargouillement à l'auscultation, pas de sensation de crépitement et surtout pas de rejet de tissu pulmonaire quand on ouvre l'abcès.

Le pronostic est relativement bon, car cette ouverture se fait en provoquant des adhérences pleurales, il y a néanmoins des décès. D'autre part, ce mode d'évolution beaucoup moins fréquent que le précédent (on en compte une douzaine de cas dans la littérature), a lieu de préférence au poumon gauche.

3° Ouverture dans le médiastin.

Elle est extrêmement rare, dans le seul cas relevé, elle s'était terminée par la mort et n'avait été découverte qu'à l'autopsie.

4° Ouverture dans l'œsophage :

L'ouverture dans l'œsophage est extrêmement rare ; dans le cas de M. Aubertin, on avait pu faire le diagnostic à l'aide de la radiographie qui a montré la communication entre l'abcès dans l'œsophage et le poumon ; dans d'autres cas, l'ouverture de l'abcès dans l'œsophage avait été une découverte anatomique. Dans la première observation, l'abcès, cheminant à travers le tissu pulmonaire a provoqué un accollement du lobe inférieur du poumon droit avec l'œsophage, il a provoqué une thrombose infectieuse de la paroi de l'œsophage qui a amené sa perforation et l'ouverture de l'abcès dans l'œsophage.

Dans le second cas, il y avait un néoplasme œsophagien ayant provoqué l'adhérence au poumon, l'abcès cheminant dans le tissu pulmonaire ayant rencontré cette paroi œsophagienne en état de moindre résistance l'a perforé et s'est ouvert dans l'œsophage.

Chez les deux malades, les troubles dysphagiques ont dominé la scène ; dans le cas de M. Aubertin, l'œsophage était intact dans l'autre cas, il y avait un néoplasme ; les symptômes pulmonaires étaient moins importants, l'état général était profondément atteint par la dysphagie et l'hecticité due à la suppuration pulmonaire.

Les troubles dysphagiques dominant la scène, on doit faire le diagnostic avec les compressions de l'œsophage, de cause médiastinales (tumeurs médiastinales, anévrysmes aortiques) ; seule la radiographie, en nous montrant dans le voisinage la collection pulmonaire, ou même la communication entre l'œsophage et le poumon, permet d'éliminer les causes précédentes.

Le pronostic de ce mode d'ouverture est mauvais, nous n'avons relevé que deux cas de ce genre qui se sont terminée par la mort des sujets.

Vu :

Le Doyen,

BALTAZARD,

Vu :

Le Président de Thèse,

RATHERY,

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- KOURILSKY. — *Thèse*, Paris 1927.
- AUGÉ GUIBAL. — *Bulletin des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier*. Mai 1924 p. 350.
- ETIENNE BERNARD. — *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 janvier 1929.
- BOINET, PIÉRY, ISELEIN. — *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, mars 1925, in *Marseille Médical*, 1925, p. 559-562.
- CAUSSADE et TARDIEU. — *Bulletin Société Médicale des Hôpitaux*, 6 mars 1925.
- CAVAILLON et MONOD. — *Société des Sciences Médicales de Lyon*, 23 janvier 1907.
- COMBY. — *Société Médicale des Hôpitaux* 25 mars 1927.
- CLENDENING. — *Journal of American, Medecine Association*, 3 avril 1920.
- DELAGENIÈRE. — *Archives Provinciales de Chirurgie*, T. 3, 1894, p. 27.
- EGGERS. — *Archivs of Surgery*, january 1926.
- GRAVIER et MORÉNAS. — *Lyon Médical*, 16 mars 1924.
- HARVIER. — *Nouveau Traité de Médecine*, Roger Widal, Teissier, 1926.
- DE JONG et BARREAU. — *Nouveau Traité de Médecine et de Therapeutique*, Gilbert et Carnot (poumon).
- LÉON KINDBERG. — *Les Abcès du Poumon* (Masson 1928).
- LEMONON. — *Thèse*, Lyon 1905.

- LETULLE et BESANÇON. — *Bulletin Académie de Médecine*, 19 juillet 1921.
- LESNE et CLÉMENT. — *Société de Pédiatrie*, 24 mai 1932, in *Presse Médicale* du 2 juillet 1932.
- MARCOLLES et FERRAN. — *Bulletin Société Anatomique*, janvier 1910.
- MAURICE RENAUD. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 3 décembre 1926.
- MOUISSET et BOURRET. — *Lyon Médical*, 3 novembre 1907, p. 733.
- PAISSEAU et SOLOMON. — *Précis de Pathologie interne* (Baillière, edit).
- PIÉRY et BARBIER. — *Lyon Médical* 25 février 1922, p. 139.
- ROUBIER et LAMY. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 7 décembre 1920 (in *Lyon Médical*), 10 février 1921, p. 120.
- POINSO. — *Thèse, Montpellier* 1927-1928.
- SERGENT et BORDET. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 8 juin 1926.
- WEISSENBACH. — *Société Médicale des Hôpitaux*, avril 1927.

TABLE DES MATIERES

Historique	13
Définition	15
Etiologie	17
Symptômatologie	21
Evolution	25
Autres formes d'évolution	33
Ouverture dans la plèvre	35
Description générale, formes incurables	37
Formes curables	42
Symptômatologie	46
Evolution	49
Ouverture à la paroi thoracique	51
Observations	51
Symptômatologie	59
Evolution	61
Ouverture dans le médiastin	63
Evolution	66
Ouverture de l'abcès dans l'œsophage	67
Observations	74
Symptômatologie	76
Evolution	77
Pronostic de l'ouverture extra-bronchique	79
Conclusions	81

LA RENAISSANCE (Imprimerie)

11, Cité Dupetit-Thouars, 11

PARIS

LA RENAISSANCE (Imprimerie)

11, Cité Dupetit-Thouars, 11

PARIS